

## DE LA PEUR DU FOU À LA PAROLE DES PATIENTS

Entretien avec [Patrick Landman](#), Propos recueillis par [Alice Béja](#), [Marc-Olivier Padis](#)

Éditions Esprit | « [Esprit](#) »

2015/3 Mars-avril | pages 52 à 60

ISSN 0014-0759

ISBN 9782372340014

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2015-3-page-52.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## De la peur du fou à la parole des patients

Entretien avec Patrick Landman\*

**E**SPRIT – *Il semble aujourd’hui que le discours public sur la folie se soit effacé, mais qu’en revanche la « souffrance psychique » soit omniprésente. Comme si nous étions tous des individus en souffrance, ce qui donne l’impression que les personnes qui ont besoin d’une prise en charge psychiatrique et que l’on aurait naguère appelées des fous se situent dans un continuum du malaise psychique. N’y a-t-il pas là une dilution, une banalisation de la folie, soit des pathologies graves qui nécessitent une prise en charge spécifique ?*

*Patrick LANDMAN* – En 2001, l’Organisation mondiale de la santé a changé sa définition de la « santé mentale » : il ne s’agit plus simplement de l’absence de symptômes, mais du droit au bien-être. Cette évolution a eu un certain nombre de conséquences, dont l’extension du nombre de personnes ne jouissant pas d’une parfaite santé mentale, ainsi définie. Il y a par ailleurs un paradoxe : cette évolution devrait être antidiscriminatoire. Il n’y a plus de rupture, de folie en tant que telle : nous sommes tous sur le même gradient, même si nous ne sommes pas tous au même endroit. Mais en réalité, socialement, les choses ne fonctionnent pas ainsi. La peur du fou est bien présente et c’est la « dangerosité » qui en est le paradigme, ce qui entretient l’idéologie sécuritaire. On en arrive même à considérer que les dérives terroristes sont psychiatriques, certains vont jusqu’à parler d’« islamo-psychiatrie », ce qui est un terme inacceptable.

---

\* Psychiatre et psychanalyste, il vient de publier *Tous hyperactifs ? L’incroyable épidémie de troubles de l’attention*, préface du P<sup>F</sup> Allen Frances, Paris, Albin Michel, 2015.

## *La parole des usagers*

*De fait, on demande aux psychiatres de poser des diagnostics de dangerosité pour savoir s'il faut maintenir certaines personnes en prison, alors même parfois qu'elles ont exécuté leur peine.*

Ce rôle punitif de la psychiatrie n'est pas nouveau : Michel Foucault disait bien qu'elle est née comme le discours ou le monologue de la raison sur la déraison, d'un désir d'enfermement, de répression. Cependant, dans le cas de l'expertise psychiatrique par rapport à la prison, on est dans un paradoxe complet, puisque c'est justement en prison qu'il y a énormément de personnes souffrant de pathologies mentales non soignées. Des malades mentaux en prison se retrouvent à l'isolement car ils ont des comportements qui détonnent avec la norme, l'isolement provoque une crise, et on les bourre de médicaments<sup>1</sup>. Ce qui, évidemment, ne les soigne pas.

L'amalgame entre le fou et le danger est absurde. D'une part, ceux qui passent à l'acte sont souvent ceux qui ne sont pas soignés et qui sont sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool. D'autre part, les malades mentaux sont la plupart du temps les victimes, et non les auteurs, de violences et d'agressions. Ils n'ont pas les mêmes droits en termes de parentalité, de justice, leurs plaintes ont moins de chance d'aboutir, et ils peuvent être déresponsabilisés pénalement.

On parle aujourd'hui plus volontiers d'usagers de la psychiatrie, et l'on voit se développer des maisons des usagers, des institutions qui mettent en œuvre de l'entraide, de l'accompagnement et ce que l'on appelle l'« expertise d'expérience ». Autrement dit, les experts ne sont plus les seuls médecins, mais aussi les personnes qui ont fait l'expérience de la pathologie mentale. On distingue ainsi la guérison médicale de la guérison personnelle. La guérison médicale correspond à l'absence de symptômes. La guérison personnelle est proche du rétablissement : on peut avoir des symptômes, se sentir fragile, mais l'on se sent guéri, on peut avoir un projet de vie, des appuis... C'est de plus en plus ce que l'on recherche en psychiatrie, la guérison médicale étant rare dans ce domaine. Les personnes qui « se rétablissent » sont rétablies dans leur subjectivité. Cette approche est différente de celle qui voit la pathologie mentale comme un handicap, ce qui maintient une idée d'insuffisance, de

---

1. Voir l'article de Didier Fassin dans ce numéro, p. 82

déficience. Les deux tendances ne sont d'ailleurs pas concurrentes ; la reconnaissance du handicap ouvre aussi des droits et peut tout à fait aller de pair avec une logique de guérison personnelle. Il existe des débats au sein des associations d'usagers. L'autisme sera plutôt perçu et présenté comme un handicap. Du côté des pathologies mentales persistantes (ce que l'on appelait les maladies chroniques) des adultes, c'est la guérison personnelle qui domine.

*Peut-on faire un parallèle avec la médecine générale, où la persistance des maladies est une donnée de plus en plus centrale ? Avec l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès de la médecine, dans beaucoup de cas il ne s'agit plus de guérir mais d'apprendre à vivre avec la maladie.*

Ce parallèle se retrouve dans des exemples précis, comme celui de l'éducation thérapeutique. On peut aider les gens qui ont des troubles bipolaires à repérer les moments où ils vont avoir une crise. Cette méthode a d'abord été appliquée aux patients atteints de diabète.

Un des fondements de l'éducation thérapeutique, c'est aussi l'entraide, le fait de parler à des personnes qui ont vécu les mêmes expériences, tout en respectant la singularité de chacun. Car les maladies mentales ont des voies finales communes, mais ont toutes des histoires différentes. Il existe, comme pour les autres maladies, une expertise d'expérience.

*Ces nouvelles approches changent-elles le rôle de l'entourage ?*

Les parents, l'entourage, sont associés à ces méthodes, pour leur apprendre à interagir avec le patient. Nous ne sommes plus dans une logique de culpabilisation ; mais il faut savoir comment parler au patient, de quoi lui parler, comment réagir quand il fait telle et telle chose. Il y a des groupes de parole destinés aux parents, ce que l'on appelle pompeusement l'« habileté parentale » ; dans ces groupes, on constate que très vite, les gens ont besoin d'exprimer leur propre souffrance, et cela aide aussi à les déculpabiliser. Mais les professionnels qui animent ces ateliers doivent être formés, pour saisir non seulement ce qui s'y exprime de façon consciente, mais également ce qui est sous-jacent. Il ne suffit pas seulement d'observer les réactions comportementales. La querelle entre la psychanalyse et les thérapies comportementales ou rééducatives a été souvent exacerbée, mais dans les faits, dans la pratique, les différentes méthodes se mélangent. Les deux approches se nourrissent.

*Ces évolutions ont-elles transformé la vision que l'on a des personnes atteintes de pathologies mentales, la conception que l'on se fait de leur autonomie, y compris au niveau administratif et judiciaire (internement d'office) ?*

Aujourd'hui, l'internement d'office n'est plus une simple affaire administrative, cela doit passer par un juge, ce qui permet de reconnaître que la personne jugée est un citoyen. De plus en plus, les usagers réclament la responsabilisation, l'*empowerment*, ce qui est positif. Mais il y a un revers de la médaille : l'irresponsabilité pénale est en voie de disparition, notamment aux États-Unis. Le débat a récemment été relancé à l'occasion du procès d'Anders Behring Breivik, l'auteur des attentats d'Oslo et d'Utoya en 2011. Il a d'abord été déclaré irresponsable, puis responsable (lui-même d'ailleurs voulait être reconnu responsable de ses actes). Cela montre bien qu'il n'y a pas de critères objectifs ; la maladie mentale ne se voit pas à l'IRM. Et, pour les malades, la revendication de plus de droits s'accompagne aussi de plus de devoirs.

Certains réclament l'inclusion sociale (*social inclusion*) et non la réadaptation, c'est-à-dire que l'on donne une citoyenneté pleine et entière à ceux que l'on considère comme des handicapés mentaux et que l'adaptation soit réciproque : celle des malades à la société et celle de la société aux malades pour leur faire une place. C'est un projet ambitieux, dont je ne sais s'il donnera lieu à des applications pratiques étendues. Il se fonde sur le refus de tout circuit « à part ». Or on voit bien, notamment en matière d'éducation, que demander aux sujets souffrant de handicap de se fondre dans la masse ne se fait pas toujours à leur avantage.

## *Quel avenir pour les psychiatres ?*

*Cela ne va-t-il pas dans le sens de l'héritage de l'antipsychiatrie ? Depuis longtemps, on est sorti de la logique de mise à l'écart des fous. Actuellement, on assiste au contraire au développement de la médecine ambulatoire, des appartements thérapeutiques en ville...*

La psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur ont aussi joué un rôle dans ces évolutions... En Italie, le mouvement antipsychiatrique de Basaglia a été un formidable courant de réflexion sur la folie. On lui a reproché, semble-t-il à tort, d'avoir voulu « vider » brutalement les asiles, jetant les malades à la rue

ou les forçant à réintégrer leur famille. En réalité, beaucoup de malades mentaux, par exemple à Milan, se sont retrouvés à l'hôpital général ou dans des appartements thérapeutiques<sup>2</sup>.

*Comment le métier de psychiatre lui-même évolue-t-il dans ce contexte ?*

De plus en plus, il s'agit de gérer un partenariat éthique avec les usagers ; chacun a sa place. Les soignants sont des experts, mais ils ne sont pas les seuls. Ils participent d'ailleurs aux groupes d'entraide d'usagers. L'avis des usagers prend de plus en plus d'importance, notamment dans l'évaluation des méthodes thérapeutiques, ce qui est parfaitement légitime, surtout en psychiatrie. Il y a des cas, bien sûr, où la personne est trop malade, trop perturbée pour que, de façon transitoire, on tienne complètement compte de ce qu'elle dit. Mais dans tous les cas, il faut écouter, laisser les patients formuler les choses. L'approche est de plus en plus centrée sur la personne, le sujet, et non sur le médicament, la guérison médicale.

Ce qui ne signifie pas que la position d'autorité du médecin soit remise en question. Il y a d'ailleurs encore des dérives paternalistes, lorsque l'on va expliquer aux gens comment il faut être parents !

*Cette remise en question de l'autorité du psychiatre, même relative, est-elle une raison de la crise des vocations ?*

C'est sans doute l'une des raisons. Mais la crise des vocations a avant tout été induite par la suppression de l'internat en psychiatrie. À partir du moment où l'internat est devenu commun à toutes les spécialités médicales, la psychiatrie s'est retrouvée être le parent pauvre.

En effet, elle souffre d'un double complexe. Le premier, c'est le fait qu'il ne s'agit pas d'une discipline scientifique. La psychiatrie biologique, les recherches en génétique, la neurobiologie, tout cela avance, mais n'a concrètement amené aucun progrès pratique dans la psychiatrie quotidienne. Les psychiatres auraient voulu trouver des marqueurs biologiques, cela leur aurait donné une autorité scientifique. Ce n'est pas le cas, sauf à prendre des spéculations pour des faits, en particulier dans le domaine de l'imagerie

---

2. Élisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Le Livre de poche, 2011.

médicale. Le second complexe est que l'on dispose de très peu de médicaments en psychiatrie. Qui plus est, il n'y a pas de médicaments qui soignent, mais uniquement des médicaments qui marchent. Le dernier en date est la Ritaline, qui « traite » les troubles de l'attention<sup>3</sup>. Pour en obtenir, il faut entrer dans un diagnostic : être hyperactif. Comme le médicament marche, il y a de plus en plus d'hyperactifs (dans certains États américains, près de 17 % des jeunes garçons). En France, c'est une épidémie qui va se déclarer bientôt, car pouvoir faire se tenir tranquille un enfant perturbateur est un rêve pour les parents, les enseignants... Mais s'il n'y a pas d'accompagnement familial, personnel, le médicament ne sert à rien à long terme. On a vu la même chose à une époque avec le Prozac, la « pilule du bonheur ». Le médicament marchait, donc les diagnostics de dépression sont montés en flèche.

*Y a-t-il des pathologies mentales liées au vieillissement, qui ne soient pas de l'ordre des lésions cérébrales ?*

Il y a plusieurs choses : d'une part, il existe des pathologies qui se révèlent lors du vieillissement, du fait de l'affaiblissement cérébral (des délires sensitifs par exemple). D'autre part, certaines pathologies mentales accompagnent les pathologies du système nerveux comme les maladies de Parkinson, d'Alzheimer ou la sclérose en plaques. Enfin, il existe des pathologies mentales liées à la condition du quatrième âge : des phénomènes d'impuissance liés à la proximité de la mort, l'isolement, l'abandon, la perte d'utilité sociale, le rétrécissement des relations ; les gens vivent de plus en plus longtemps, il faut donc les aider de plus en plus longtemps. Par exemple au moment où ils quittent leur logement pour entrer en maison de retraite, ce qui est un moment de rupture très violent. Souvent, la réponse apportée est essentiellement médicamenteuse. On risque ainsi de médicaliser la solitude, l'approche de la mort, la condition humaine en somme. C'est l'effet pervers de la définition de la santé mentale par l'OMS comme état de bien-être, qui partait d'une bonne intention.

---

3. Voir Bruno Falissard, « Les médicaments de l'attention : les doutes d'un praticien », *Esprit*, janvier 2014 et Patrick Landman, *Tous hyperactifs ?*, *op. cit.*

## *Diagnostics et médicaments*

Cela est également lié à l'influence du manuel américain de psychiatrie, le DSM<sup>4</sup>, qui médicalise le deuil, la gourmandise – mais qui est en partie une réponse à la demande sociale. Les gens supportent de moins en moins les incertitudes. Un deuil, un licenciement, une rupture amènent de plus en plus de personnes chez le médecin. Or le problème est que, contrairement aux antibiotiques, les psychotropes créent des phénomènes d'addiction.

Prenons l'exemple fictif d'un homme qui sort d'une rupture sentimentale difficile. Il va voir son médecin, qui lui prescrit des antidépresseurs. L'homme les prend pendant un certain temps, puis s'arrête, mais le sevrage se passe mal. Il reprend donc les médicaments, pendant une durée plus longue, et au bout de quatre ou cinq ans, il devient excité, de plus en plus volubile et entreprenant, en bref, fait un épisode hypomaniaque. Son entourage s'inquiète, il retourne chez le médecin, est diagnostiqué bipolaire de type 2, on arrête les antidépresseurs pour le mettre sous thymorégulateurs et neuroleptiques. Il prend du poids, commence à avoir des ennuis de santé... Et puis un jour, il rencontre quelqu'un, la relation fonctionne, il recrée un projet de vie, et arrête les médicaments. Cette personne est ce que l'on appelle aux États-Unis un survivant de la psychiatrie.

Lorsque quelqu'un a une phase de tristesse liée à un événement particulier, il faut commencer par l'écouter et lui parler. Si un médicament est prescrit, il ne doit pas être prescrit seul. Beaucoup de gens arrêtent rapidement les antidépresseurs, mais ce n'est pas parce que ces derniers fonctionnent, c'est parce qu'ils ont été prescrits à tort.

*Les médecins généralistes sont souvent en première ligne pour poser un diagnostic ou prescrire des médicaments. Quel pourrait être leur rôle dans un schéma de prise en charge psychiatrique plus global ?*

Le rôle des généralistes est essentiellement positif. Le problème est qu'ils ne sont pas formés à la psychiatrie, l'apprennent la plupart du temps à partir du DSM et subissent en permanence la propagande des laboratoires pharmaceutiques. Les gens qui sont opposés à ce biomédical exclusif et à Big Pharma ont un rôle à jouer dans la formation des généralistes. C'est ce qui se développe en Hollande,

---

4. Steeves Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ?*, Paris, Éditions Ithaque, 2013.

par la formation à l'écoute : écouter avant de prescrire. L'autre phénomène, qui est de l'ordre de la demande sociale, est que les généralistes ne peuvent pas ne pas prescrire, car si quelqu'un entre chez le médecin et ressort sans ordonnance, il aura l'impression que la visite n'a servi à rien. On pourrait, comme en Allemagne, prescrire des placebos, qui pour les dépressions modérées sont aussi efficaces que les antidépresseurs.

*La situation que vous dessinez semble paradoxale : d'un côté, en ce qui concerne les pathologies mentales « lourdes », une approche de plus en plus axée sur le patient, sur l'écoute, sur la reconnaissance de son autonomie, de ses capacités. De l'autre, une mécanisation des diagnostics et une surmédicalisation des affections que l'on pourrait qualifier de bénignes, ou du moins ne nécessitant pas de prise en charge conséquente. Comment expliquer cette apparente contradiction ?*

Le problème principal est lié au diagnostic psychiatrique, qui n'est ni très scientifique ni très fiable. Au cours de leur vie, les gens ont des diagnostics différents, ce qui est peu ou pas le cas en médecine somatique. On vous dit rarement un jour que vous avez la maladie de Parkinson, le lendemain qu'il s'agit en fait de la sclérose en plaques. En psychiatrie, c'est très fréquent : entre la schizophrénie, la paranoïa, les troubles bipolaires... À quoi sert ce diagnostic pour les patients ? Il sert dans les groupes de parole, car il crée un collectif. Le diagnostic en lui-même est rapidement dépassé, mais il représente une modalité de regroupement, à partir de laquelle peut se faire le processus d'individualisation. Le diagnostic psychiatrique représente également une ouverture de droits, la reconnaissance de gens qui ont le même handicap, les discussions sur des forums, une identification ou plutôt une identité pour le patient. Pour le médecin aussi, bien sûr, il est important d'avoir des repères : on ne traite pas un psychotique comme un névrosé. Mais il ne faut pas enfermer les gens dans le diagnostic.

*Cet argument pourrait jouer en faveur de ceux qui cherchent à développer une psychiatrie plus positiviste, plus scientifique, qui serait dans l'observation et non dans le jugement, l'essentialisation.*

Il y a quelque temps, le Royal College of Psychiatry au Royaume-Uni a lancé une grande campagne pour dire que les maladies mentales sont des maladies du cerveau, donc des maladies comme les autres. On ne fait pas de discrimination envers ceux

qui sont cardiaques, on ne devrait pas en faire envers ceux qui sont « malades du cerveau ». Ce fut un échec total, car les gens savent bien que c'est faux. Il ne s'agit pas de dire que la santé mentale n'a rien à voir avec le biologique. Pour moi, les maladies mentales sont à la fois biologiques, sociales et psychologiques. Lorsque j'ai fait mes études, c'était la psychiatrie sans le cerveau, aujourd'hui on est dans la psychiatrie sans le psychisme. Les deux sont absurdes. Si un enfant est maltraité, abusé, son cerveau va en garder les traces, mais ce n'était pas son cerveau qui était malade au départ.

Le réductionnisme menace toujours. Le problème aujourd'hui est que certains voudraient faire de la psychiatrie une pure neurologie. C'est très tentant de tout focaliser sur le cerveau comme ordinateur central. Mais même si l'on comprend les tuyaux, on ne comprendra pas forcément la cause. Le sujet humain appartient au langage, à la culture, à la relation. Dire que la conscience ne se réduit pas au cerveau, ce n'est pas en revenir à une « âme », mais à l'existence du psychisme, qui se construit dans la relation à l'autre. Il n'y a pas d'un côté le scientisme et de l'autre l'obscurantisme. On peut tenir compte des progrès scientifiques – les psychiatres sont des médecins – sans céder au réductionnisme.

Propos recueillis par Alice Béja  
et Marc-Olivier Padis